LESIONS BENINES DU SEINS

DR.S.KEDJOUR

SECTEUR SANIAIRE HASSEN BADI

JANVIER2010

INTRODUCTION

- Le développement des nombreuses méthodes d'imagerie et l'extension des programmes de dépistage du cancer du sein font découvrir des anomalies de plus en plus nombreuses .Bénignes pour la plupart, elles sont alors inutilement surveillées ou opérées.

- Ces exérèses sont alors pratiquées en excès chez des patientes qui pour la plupart ne perçoivent aucune anomalie particulière ou qui souffrent simplement d'un inconfort fonctionnel que n'explique pas l'anomalie radiologique ou échographique découverte.

– Les lésions bénignes du sein recouvrent de multiples affections différentes dont le ***lien éventuel avec un risque de cancer est d'une grande importance****.*

Ce sont essentiellement les hyperplasies atypiques qui augmentent ce risque. Une légère élévation du risque a également été retrouvée par certains pour les adénofibromes complexes et le nodule d'Aschoff.

Concernant les traitements hormonaux, globalement, la contraception orale n'augmente pas le risque de développer une maladie bénigne du sein et le traitement hormonal, s'il facilite la survenue des kystes, ne semble pas augmenter la survenue de pathologies à risque.

Adénofibrome

Les AF sont **des tumeurs solides bénignes**, **à double composante** épithéliale et conjonctive, fréquentes chez les femmes de moins de 40 ans, dont l'évolution est habituellement **lente**.

- Classiquement, les AF n'exposent pas particulièrement au risque ultérieur de survenue de cancer du sein . Cependant, cette affirmation doit être nuancée.
- Déjà, en 1940, Harrington décrivait le cas de cancers développés dans un AF. Il est vrai que cela est rare, mais il convient de distinguer :

– la survenue de cancers à l'intérieur d'un AF ;
– l'envahissement d'un AF par un carcinome de voisinage ;
– le risque de survenue à plus long terme après AF d'un cancer du sein.

ADENOFIBROME

Clinique



- Tuméfaction unique (ou multiple soit d'emblée soit plus tard)
- chez une patiente jeune (20 à 30 ans)
- ayant tous les critères de la bénignité :
o bien limitée
o élastique
o mobile par rapport à la peau et au reste de la glande mammaire
o isolée : sans adénopathie ni signes cutanés.

Radiologiquement :



- opacité homogène à bords réguliers refoulant le tissu mammaire voisin (avec liseret clair de sécurité),
- des macrocalcifications témoignent d'un adénofibrome vieilli.

Echographie :

- lacune hypoéchogène régulière,
- bien limitée,
- homogène,
- à grand axe parallèle à la peau refoulant doucement les tissus voisins.
L'échographie est très utile chez la femme jeune dont les seins sont denses.



Echo adénofibrome

Conduite à tenir

¤ Les traitements médicaux sont décevants (TRT progestatifs voire même chimiothérapie),

¤ Les indications opératoires se limitent avec les progrès du diagnostic non sanglant :

- adénofibrome qui ne fait pas sa preuve,
- douleur,
- préjudice esthétique,
- souhait de la patiente.

¤ En l'absence d'intervention : surveillance clinique annuelle en s'aidant d'une échographie chez la femme jeune.

¤ On proposera d'autant plus facilement un cytoponction voire une microbiopsie que le diagnostic est à confirmer (+++ femme > 30 ans, contexte à risque).

Le risque de dégénérescence des AF est faible (1/10 000) mais certains AF constituent des marqueurs de risque de cancer du sein et imposent une surveillance mammaire :

-"AF complexes" contenant des plages hyperplasiques atypiques,
- AF au sein d'un sein à risque (HEA +++),
- AF avec des ATCD familiaux de cancer du sein.

TUMEURS PHYLLODES

Entité à part, elles sont constituées **d'une double prolifération** épithéliale et conjonctive, et caractérisées par **une plus grande cellularité de la composante conjonctive**.

Leur particularité est d'une part **leur histologie**, et d'autre part **leur évolution** qui peut être bénigne, récidivante, maligne et métastatique.

Elles ont été remarquablement clarifiées par Contesso en 1978 [13], qui a introduit la notion de tumeur phyllode à potentiel malin à partir de critères histologiques précis en distinguant deux grands groupes de tumeurs :

1. les tumeurs bénignes
2. les tumeurs à potentiel malin.

Ces tumeurs se rencontrent à tout âge et les femmes sont concernées de manière quasi exclusive mais, en 1931, Lee et Pack [43] rapportent trois cas chez les hommes parmi 111 cas.

TUMEUR PHYLLODE

Tumeurs mixtes fibro-épithéliales particulières par le déséquilibre des 2 composants en faveur du tissu conjonctif.

Clinique

- Survenue plus tardive que les AF : 45 ans
- Croissance plus rapide
- Tumeur de taille parfois importante, avec certaines zones molles (par nécrose tumorale)



Mammographie : aspect superposable aux AF

Echographie *:*

- masse ovoïde
- hypoéchogène
- avec possibilité de contenu hétérogène

Cyto/histologie :

- Cytologie difficile pouvant parfois permettre de suspecter le diagnostic.
- Histologie : diagnostic et pronostic apprécié sur :
* la fréquence des mitoses,
* le caractère infiltrant en périphérie des lésions,
* les atypies cellulaires,
* le degré de cellularité de la composante fibreuse.
- Ainsi on décrit des T phyllodes de grade I à IV (= sarcome phyllode).


Tumeur phyllode bénigne


Sarcome

Évolution : 2 risques majeurs :

¤ *RECIDIVE* : 14% des cas
- corrélée au grade initial de la tumeur et au caractère incomplet de la résection,
- tendance à se faire sur un mode histologique plus agressif,
- surtout les 3 premières années.

¤ *METASTASES :*
- par voie hématogène,
- surtout poumons (60%),
- d'autant plus que la tumeur initiale est agressive et récidivante.

Traitement :

¤ Repose sur l'exérèse large en se donnant une marge de sécurité,
¤ Surveillance clinique, mammographique et échographique,
¤ Nécessaire pendant 5 ans.

HAMARTOME

Cliniquement :

lésion mollasse parfois de fort volume sans signes associés.

Mammographie et échographie :

lésion régulière bien limitée
de même aspect / tonalité que le reste du sein





Anatomie pathologie :

il s'agit d'un sein dans le sein

CYTOSTEATONECROSE

Cliniquement :

Lésion apparaissant après un traumatisme du sein (accident ou chirurgie radiothérapie) :

- masse ± dure
- avec possibilité de signes inflammatoires en regard
- dans un contexte étiologique de traumatisme (chirurgie, choc)



Radiologiquement : opacité mal systématisée avec microcalcifications,

Souvent diagnostic opératoire :
- coque fibreuse
- contenant à l'ouverture un liquide butyreux
- par nécrose traumatique des tissus fibreux et adipeux mammaires.

LIPOME, HAMARTOME, CYTOSTÉATONÉCROSE

- Ils ne semblent pas des lésions à risque ultérieur de cancer du sein.

Quelle est la conduite à tenir en cas de mastopathie fibrokystique ?

Rappel histologiques succints

Le sein : glande sudoripare qui s'est spécialisée, sensible à l'action des hormones.

Schéma macroscopique d'un sein.

L'unité fonctionnelle du sein est la "Terminal Ductulo-Lobular Unit" : base de tout le raisonnement physio-pathologique sur le sein.

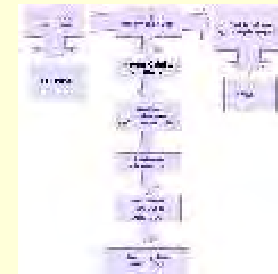
Anatomopathologie

La Mastopathie Fibro Kystique (MFK) : il s'agit d'un ensemble hétérogène de lésions bénignes souvent associées en proportion variable.
Elle est classiquement constituée de plusieurs éléments :
¤ Les kystes provenant de la dilatation des acini des UTDL (ce sont des cavités liquidiennes),
¤ L'hyperplasie épithéliale de type canalaire :ill s'agit d'une hyperplasie des cellules épithéliales :
- soit simple,
- soit atypique (MFK à risque).
¤ L'adénose : il s'agit d'une hyperplasie de tous les constituants de l'UTDL (cellules épithéliales, myo-épithéliales et tissu conjonctif) réalisant une augmentation en taille et en nombre des lobules.

Physiopathologie

Clinique

Signes fonctionnels :
- Mastodynies cycliques :
¤ A partir de l'ovulation, parfois avant,
¤ Sédation lors des règles +/- complète,
¤ Quadrant supéro-externe du sein avec irradiation vers le membre supérieur,
- A part : Mastodynies non cycliques :
¤ stase veino-lymphatique => drainage + veinotoniques,
¤ ectasie galactophorique : brûlure péri-mamelonnaire qui augmente au froid,
¤ hypermastie : étirement des nerfs sensitifs
¤ pathologie organique : localisée
¤ extramammaires : paroi thoracique avec douleur provoquée à la palpation



Examen physique : idéalement en période post-menstruelle

- Seins : placards ambigus.
- Ecoulement mamelonnaire.
- Adénopathies axillaires.



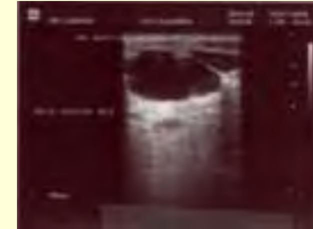
Examens complémentaires majeurs

Mammographie difficile => clichés comparatifs :
- opacités kystiques : rondes régulières avec liseret de sécurité homogènes,
- placards de fibrose : larges opacités taillées à la serpe,
- microcalcifications : arrondies réparties en rosace de type lobulaire.



Liquide de ponction + Kystographie

Echographie intérêt particulier dans la MFK :
- visualiser les kystes,
- complément de la mammo dans les placards fibreux.



formation kystique contenant 2 papillomes

Cytologie histologie :
- réalisation de prélèvements,
- sous guidage écho/mammo si cible définie,
- seulement si lésion tumorale ou microcalcifications suspectes.



Pièce anatomique d'un kyste

Traitement

Des conseils généraux

¤ informer et dédramatiser : lutter contre anxiété et cancérophobie.
¤ hygiène mammaire :
¤ "bon" soutien gorge (+++ lors du sport),
¤ diminuer les excitants : tabac, café, alcool,
¤ sommeil,
¤ régime hypocalorique,

Les traitements anti-estrogéniques :

¤ *Contraception estro-progestative :* possible au début de la MFK avec faibles doses d'Ethinyl oestradiol,

¤ *Progestogel ®* (progestérone naturelle en gel) : 1 application par jour sur les seins de J16 à J25

¤ *progestatifs anti-estrogéniques +++* : prescription possible (J1 étant le premier jour des régles) : J16 J25 / J11 J25 / J6 J25

Effets des progestatifs	Mastodynies	Nodules	Kystes	Fibrose
Succès	95%	85%	50%	10%

¤ Autres traitements (plus exceptionnels) :

- *Veinotoniques :* cure de 20 jours par mois.
- *Parlodel®* : en continu durant 3 mois à 2 cp par jour.
- *Danatrol®* : effets androgéniques+++
- *Analogues de LH RH :* ménopause devant être < 6 mois (=> association avec Tibolone ?).
- *SERMs :* Tamoxifene associés à un progestatif nor-pregnane.